FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

1948

ANNEE 1947

THESE N° 82

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ETAT)

PAR

Claude MARSAN

Interne à l'Hôpital National de Convalescence de Saint-Maurice

Né le 11 Mars 1923, à Dax (Landes).

Présentée et soutenue publiquement le ..... 19..

29 JAN 1948

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES TROUBLES GASTRIQUES AU COURS DU DOLICHOCOLON

Président : M. BROCQ, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE R. FOULON

29, RUE DEPARCIEUX, 29

1947

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : **MARSAN.**

Prénom : **Claude.**

Date de Soutenance : .....

Numéro d'ordre : .....

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque.)

MARSAN (Claude), — Contribution à l'étude des troubles gastriques au cours du dolichocôlon. — Paris, Imp. R. Foulon, 1947, *in*-8°, 48 *p.*

(*Thèse Medec.* (*Etat*), *Paris* 1947, *N°* .....).

MARSAN (Claude). — Contribution à l'étude des troubles gastriques au cours du dolichocôlon. — Paris, Imp. R. Foulon, 1947, *in*-8°, 48 *p.*

(*Thèse Medec.* (*Etat*), *Paris* 1947, *N°* .....).

MARSAN (Claude). — Contribution à l'étude des troubles gastriques au cours du dolichocôlon. — Paris, Imp. R. Foulon, 1947, *in*-8°, 48 *p.*

(*Thèse Medec.* (*Etat*), *Paris* 1947, *N°* .....).

MARSAN (Claude). — Contribution à l'étude des troubles gastriques au cours du dolichocôlon. — Paris, Imp. R. Foulon, 1947, *in*-8°, 48 *p.*

(*Thèse Medec.* (*Etat*), *Paris* 1947, *N°* .....).

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNEE 1947 **THESE** N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ETAT)

PAR

Claude MARSAN

Interne à l'Hôpital National de Convalescence de Saint-Maurice

Né le 11 Mars 1923, à Dax (Landes).

Présentée et soutenue publiquement le ..... 19..

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES TROUBLES GASTRIQUES AU COURS DU DOLICHOCOLON

Président : M. BROCQ, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE R. FOULON

29, RUE DEPARCIEUX, 29

1947

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

DOYENS HONORAIRES :

MM. Balthazard, Baudouin, Roussy

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Aubertin, Balthazard, Basset, Baudouin, Bezançon, Brindeau, Carnot, Chevassu, Chiray, Clerc, A. Couvelaire, Delbet, Hartmann, Heitz-Boyer, Jeannin, Laignel-Lavastine, Laubry, Lemierre, Lenormant, Marion, Mulon, Ombrédanne, Roussy, Rouvière, Sannié, Sébileau, Sézary, Tanon.

DOYEN ..... LÉON BINET.
Membre de l'Institut

ASSESSEUR. ..... JEAN VERNE.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ff OLIVIER.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Assistance Médico-sociale	N...
Bactériologie	GASTINEL.
Biologie médicale	VERNE.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.
Cliniques chirurgicales	BROCQ. CADENAT. MONDOR. QUENU.
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	LEVEUF.
Clinique chirurgicale orthopédique	MATHIEU.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies des enfants	DEBRE (R.).
Clinique des maladies infectieuses	ff MOLLARET.
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Cliniques médicales	BENARD (H.). CHABROL. HARVIER. LIAN.
Clinique médicale propédeutique	P. VALLERY-RADOT.
Clinique de Neuro-chirurgie	VINCENT (Cl.).
Cliniques obstétricales	LANTUEJOUL. LEVY-SOLAL. PORTES.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE.
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER.
Clinique de la Tuberculose	BERNARD (Et.).
Clinique urologique	FEY.
Embryologie	GIROUD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	ALAJOUANINE.
Histologie	CHAMPY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	BESANÇON (JUSTIN)
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA.
Hygiène et médecine préventive	JOANNON.
Médecine du Travail	DUVOIR.
Médecine légale	PIEDELIEVRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT (E.).
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS.

	MM.
Pathologie exotique	LAVIER.
Pathologie expérimentale et comparée	LEMAIRE.
Pathologie médicale	MOREAU.
Pathologie et thérapeutique générales	ff DE GENES.
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD.
Physiologie	BINET (Léon).
Problèmes alimentaires (*chaire à titre personnel*)	RICHET (Charles)
Puériculture	LELONG.
Radiologie médicale	DESGREZ (H.).
Stomatologie	DECHAUME.
Physique médicale	STROHL.
Technique chirurgicale	MOULONGUET.
Thérapeutique	LAROCHE (G.).

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. DOGNON (*Physique médicale*), GAILLARD (*Parasitologie*), HALPHEN (*O. R. L.*), JAYLE M. (*Chimie médicale*), Mlle J. LEVY (*Pharmacologie*), OLIVIER (*Anatomie*).

II. — AGREGES EN EXERCICE

	MM.
Anatomie	CORDIER. DELMAS. N.. ff DEBEYRE.
Anatomie pathologique	DELARUE. Mlle GAUTHIER-VILLARS.
Bactériologie	BONNET. FASQUELLE.
Biochimie médicale	ETTORI. SCHAPIRA.
Dermato syphiligraphie	DEGOS.
Histologie	COUJARD. DESCLAUX.
Hydrologie	DEBRAY.
Hygiène	BOYER. DEPARIS.
Médecine légale	DESOILLE.
Neurologie	DE SEZE.
Obstétrique	DIGONNET. MAYER. SUREAU. VARANGOT.
Ophtalmologie	OFFRET.
Oto-rhino-laryngologie	AUBIN.
Parasitologie	BRUMPT, L. C.
Pathologie chirurgicale	FEVRE. HUGIER. LEGER. MERLE d'AUBIGNÉ
Pathologie chirurgicale	PADOVANI. PATEL. ROUX. RUDLER. SICARD.
Pathologie expérimentale	MERKLEN.
Pathologie médicale	BROUET. CACHERA. DECOURT. DREYFUS (G.). FAUVERT. GARCIN. HAMBURGER. KOURILSKY. LAMY. LENEGRE. MARCHAL. MAURIC. SOULIE.
Pédiatrie	LAPLANE. MARIE (J.).
Pharmacologie	CHEYMOL.
Physiologie	BARGETON. PARROT.
Physique médicale	DJOURNO.
Psychiâtrie	BARUK.
Thérapeutique Agr. ch. d'ens.	BROUET.
Urologie	COUVELAIRE, R.

III. — PROFESSEURS HONORAIRES ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM. BASSET (*Pathologie chirurgicale*), BRINDEAU (*Obstétrique*), HUGUENIN (*Anatomie pathologique*), LE LORIER (*Obstétrique*), VAUDESCAL (*Obstétrique*).

IV. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

	MM.
Clinique chirurgicale	AMELINE. BASSET. DE GAUDART D'ALLAINES. FUNCK-BRENTANO. GATELLIER. MENEGAUX.
Clinique médicale	BARIETY. BOULIN. CHEVALLIER. COSTE.

	M.
Clinique médicale	DE GENNES. HAGUENAU. MOLLARET. MOUQUIN. TURPIN.
Clinique obstétricale	ECALLE. LACOMME.
Clinique ophtalmologique	RENARD.
Clin. otho-rhino-laryngologique	HALPHEN.

V. — CHARGES DE COURS

	M.
Radiologie	LEDOUX-LEBARD.

	MM.
Secrétaire de la Faculté	J. MOREL.
Secrétaire-adjoint	M. BRISSIAUD.

Bibliothécaire en Chef	Dr A. HAHN.
Bibliothécaires	Mlles DUMAITRE. GOICHON. LAURENT

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinons émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA GRAND-MERE
MADAME C. VARACHE

Qui a toujours tenu une si grande place dans ma vie et dont les sacrifices et le dévouement m'ont permis de réaliser mes désirs les plus chers.

En modeste témoignage de mon immense reconnaissance.

A MA MERE ET A MON FRERE

En hommage affectueux.

A MON ONCLE
LE DOCTEUR A. LAPEYRE-MENSIGNAC

Auprès duquel j'ai toujours trouvé les conseils paternels qui me manquaient.

A MON COUSIN
LE DOCTEUR J. LAPEYRE-MENSIGNAC

A TOUS MES PARENTS ET AMIS

À Monsieur le Professeur P. BROCQ

Professeur de la Chaire de Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'honneur

Qui m'a fait le très grand honneur de bien vouloir présider cette thèse.

Hommage respectueux.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR OURY

Ancien Chef de Clinique à la Faculté
Médecin-Chef
de l'Hôpital National de Convalescence de Saint-Maurice
Chevalier de la Légion d'honneur
Croix de Guerre 1914-1918

Qui, par son enseignement éclairé, a contribué pour une grande part à ma formation médicale.
En hommage respectueux.

A MES MAITRES
DE L'HOPITAL NATIONAL DE SAINT-MAURICE

MONSIEUR LE DOCTEUR PREAUT.

MONSIEUR LE DOCTEUR REBUFFEL.

MONSIEUR LE DOCTEUR VERNET.

A MES CAMARADES D'INTERNAT

ALBERT BRITSCH, JEAN ESTIVAL, JEAN BROSSARD,
JEAN LAPEYRE-MENSIGNAC, ROGER CHAROLAIS,
ANDRÉ VENET, RAYMOND DENNIEL.

A Monsieur le Professeur Louis CHELLE

Professeur de Chimie
à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux
Membre correspondant de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

Dont l'amitié me fut d'un précieux réconfort au cours de mes premières années de Médecine à la Faculté de Bordeaux.

Au Docteur Frédéric BUSSER

Chef de Travaux pratiques d'Anatomie pathologique
à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien de l'Hôpital de Montfermeil
Médaille militaire — Croix de Guerre 1914-1918

Pour la sympathie qu'il m'a témoignée lors de mon premier contact avec la Faculté de Médecine de Paris, après ma démobilisation.

INTRODUCTION

Au cours de nos années d'internat, notre attention a été attirée par la fréquence du dolichocôlon et du dolichomégacôlon.

Notre intention n'est pas de reprendre l'étude générale de cette affection qui, depuis le début du siècle, a suscité des études radio-cliniques multiples, mais uniquement d'en préciser un des aspects cliniques.

Sous la direction de notre Maître, le Docteur OURY, nous nous sommes appliqués à analyser les *troubles gastriques du dolichocôlon.*

Pourtant, avant de décrire ces faits cliniques bien limités, il est indispensable de synthétiser succinctement les étapes successives de nos connaissances.

La connaissance du dolichocôlon est passée par trois phases :

Dans un premier stade, on constate la fréquence du dolichocôlon et on étudie les symptômes radio-cliniques de la forme classique caractérisée par une constipation opiniâtre. Citons pour mémoire les travaux de KIENBOEK et SCHWARTZ qui en 1913 isolèrent définitivement les éléments du diagnostic par les rayons X. En 1914, LARDENNOIS et AUBOURG au cours d'une étude d'ensemble anatomo-pathologique, créent le terme de dolichocôlon. Par la suite, de nombreuses études furent faites, en particulier le mémoire de BENSAUDE et Olivier MONOD en 1930, ainsi que les clichés de dolichocôlon publiés dans l'Atlas de Radiographie du tube digestif de GATELLIER, MOUTIER et PORCHER.

Quelques mois après, OURY et GODARD, dans un article de la « Presse thermale et climatique », précisaient le symptôme essentiel du dolichocôlon : la constipation.

Dans une deuxième phase, marquée surtout par la monographie de CHIRAY, LOMON et WAHL, on découvre les multiples formes symptomatiques de cette anomalie colique. C'est ainsi que ces auteurs distinguent : la forme colitique, la forme dyspeptique, une forme hépato-vésiculaire, une forme entéro-rénale, une forme à type de stase caecale, une forme pseudo-tumorale, une forme à manifestations rectales, une forme hémorragique et anémique, une forme asthénique, des formes frustes et latentes en même temps que les formes infantiles et familiales.

A cette époque, OURY inspire la thèse de PÉRALY et précise la classification de la forme gastrique du dolichocôlon, sans toutefois formuler les conclusions que l'on peut actuellement en tirer.

Dans une troisième phase, actuelle, les études sur le dolichocôlon se sont enrichies de conceptions nouvelles.

HILLEMAND a particulièrement étudié les mécanismes physio-pathologiques des méga-viscères et montré en particulier que ceux-ci s'appliquent indifféremment et également au dolichocôlon, au méga-œsophage et au méga-duodénum.

Ici même, sous la direction de notre Maître, le Docteur OURY, nous insisterons sur la notion encore insuffisamment précisée des méga-viscères associés.

Enfin, un autre fait mérité d'être retenu, c'est la coexistence du dolichocôlon avec les lésions organiques de l'estomac, essentiellement l'ulcère gastro-duodénal et les incidences que comportent l'une sur l'autre ces deux affections.

Ainsi donc, l'étude des troubles gastriques du doli-

chocôlon s'enrichit par rapport à ce qu'OURY et PÉRALY avaient écrit en 1939 et comporte trois chapitres qui feront l'objet de notre thèse.

1°) Les troubles gastriques du dolichocôlon ou forme gastrique pure de dolichocôlon.

2°) Les troubles gastriques des méga-viscères associés.

3°) La coexistence du dolichocôlon avec les lésions ulcéreuses gastro-duodénales.

CHAPITRE I

FORME GASTRIQUE PURE DU DOLICHOCOLON

Dans ce cas, les troubles gastriques sont le fait seul du retentissement du dolichocôlon sur la statique et la dynamique gastriques : il s'agit, soit d'action directe par compression ou interposition des anses coliques anormalement allongées sur l'architecture gastrique, soit d'action réflexe par dystonie neuro-végétative : c'est à proprement parler, la *forme gastrique du dolichocôlon,* fait actuellement classique mais qui mérite d'être illustré de quelques observations. Cette forme gastrique du dolichocôlon revêt d'ailleurs plusieurs aspects et en fait nous distinguerons avec PÉRALY trois formes particulières : *dyspeptique, pseudo-ulcéreuse, sténosante.*

A signaler que ces formes se comprennent fort bien lorsque l'anomalie colique est connue; par contre, elles entraînent de grosses difficultés diagnostiques si le dolichocôlon est latent.

La forme dyspeptique a été très bien décrite par CHIRAY, LOMON et WAHL.

Nous nous bornerons à en rappeler les principaux caractères.

Il s'agit de malades qui viennent consulter pour des

troubles d'une extrême banalité, tels que douleur épigastrique sans horaire ni périodicité franches, pesanteur post-prandiale, nausées ou vomissements, fétidité de l'haleine.

Si à ce tableau de dyspepsie banale s'ajoutent soit une constipation de longue date, soit des crises douloureuses intestinales, ou tout autre symptôme susceptible d'attirer l'attention sur l'intestin, il faut compléter l'examen radiologique gastro-duodénal d'un lavement baryté qui permettra de découvrir le dolichocôlon causal.

En l'absence de troubles intestinaux, au contraire, le problème devient plus délicat. La clinique ne permet généralement pas l'orientation du diagnostic, car, comme le font remarquer les auteurs précités, « ces états dyspeptiques secondaires aux affections coliques ne diffèrent pas beaucoup en eux-mêmes d'une dyspepsie secondaire quelconque ». Seul l'examen radiologique systématique du gros intestin après lavement permet de déceler la véritable origine des accidents. Voici deux observations significatives à cet égard.

OBSERVATION I (extraite de CHIRAY)

M. Ch..., quarante-huit ans. Dolicho-sigmoïde. Vu pour un syndrome douloureux épigastrique, considéré comme d'origine dyspeptique et attribué à l'hyperchlorhydrie.

Histoire de la maladie. — Ces troubles sont très anciens. Déjà, vers l'âge de vingt ans, ce sujet avait eu plusieurs crises douloureuses. Mais c'est surtout depuis une quinzaine d'années que celles-ci sont fréquentes. Les douleurs débutent brutalement, le matin ou en pleine nuit, et durent toute la journée. Le malade est obligé de se coucher, car le décubitus amène une certaine détente. Il en est de même pour les alcalins. Les crises sont sans relation avec le repas. Ce qui les caractérise même, c'est l'absence d'horaire fixe, affirme le malade. Elles se calment vers la fin de la journée. Le lendemain se fait une reprise et ainsi

de suite pendant trois ou quatre jours. Le malade reste ensuite de deux à douze mois sans souffrir, quel que soit le régime suivi. Le régime antidyspeptique n'arrive pas, en effet, à empêcher les crises de se renouveler. Le malade est constipé depuis l'enfance. A six ou sept ans il aurait eu des coliques violentes, marquant le début de l'ère de constipation. Pendant les crises, la constipation devient absolue. Le fait est surtout net pour certaines crises intenses, plus rares, qui surviennent tous les deux ans environ. Au cours de celles-ci, qui débutent brusquement par un état nauséeux et parfois par une perte de connaissance, la constipation dure deux ou trois jours, le malade devient subictérique et maigrit. Après la crise survient une petite débâcle.

Le malade a également des migraines qui datent de l'âge de sept ans. Précédées de somnolence le matin, et d'un vague malaise, elles affectent une forme typique et sont localisées à une moitié du crâne, droite ou gauche, parfois à la nuque.

L'appétit est bon dans l'ensemble. Mais à certains moments il subit des troubles, soit de l'anorexie, soit des fringales qui cessent d'ailleurs dès que le malade commence à manger. En même temps, surviennent des troubles digestifs, lourdeur au creux de l'estomac pendant toute la journée.

Examen. — On trouve une douleur nette, bien localisée au point de Mac Burney. Le foie est normal. Pas de douleur vésiculaire.

Examen radiologique. — L'intestin est radiographié quatorze heures après ingestion de baryte. Celle-ci se trouve donc répartie dans tout le côlon, du caecum à l'ampoule. Le transit est donc accéléré. Le caecum n'est ni gros, ni déformé, ni douloureux et commence à se vider. On voit de petits spasmes du transverse. L'anse oméga volumineuse et large suit le pourtour interne des côlons.

L'estomac contient environ 30 cc. de liquide à jeun. Il n'y a pas d'aérogastrie, ni de ptose. Son aspect est régulier. On ne voit ni troubles de la motricité, ni spasmes le jour de l'examen.

Le pylore se montre non déformé et indolore, même à une pression énergique.

Evolution. — Revu quelques temps après, le malade dit que la durée de ses crises augmente et qu'elles sont plus violentes. Elles débutent par un état fébrile léger, avec malaise, qui simule la grippe. Les douleurs sont maintenant transversales, au milieu de l'abdomen et s'accompagnent de lipothymies effrayant l'entourage. Le malade a la sensation que, pendant la crise, son ventre est dur, mais non gonflé. A ce moment, il ne peut faire aucune inspiration profonde. Les crises se terminent par des bruits gazeux avec mouvements péristaltiques visibles sous la paroi. Certaines se caractérisent par des nausées et des maux de tête, et disparaissent subitement. Le malade a constamment des migraines.

On fait le diagnostic de volvulus compliquant un dolichocôlon, et on conseille une intervention.

Intervention. — Celle-ci est faite en deux temps par M. Lardennois.

Premier temps : incision médiane sous-ombilicale. Exploration : brides et adhérences. A gauche, dolichosigmoïde avec mésosigmoïdite rétractile partielle.

Deuxième temps : résection de l'anse précédemment extériorisée. Par la suite, amélioration de l'état général mais constipation persiste.

OBSERVATION II (de Chiray)

M. E..., trente-cinq ans. Dolichosigmoïde. Vu en mars 1929 pour des troubles gastriques et particulièrement pour une odeur très fétide de l'haleine.

Antécédents. — Le malade a eu une crise d'appendicite en 1906, à l'âge de douze ans, sans intervention chirurgicale.

En 1924, surviennent d'importants vomissements de sang, suivis de meloena. On fait le diagnostic d'ulcère gastrique et on prescrit le régime et le traitement appropriés. Ceci est suivi d'un retour à un état de santé parfait jusqu'en 1928.

Histoire de la maladie. — En 1928, les troubles digestifs reparaissent, sous forme de brûlures gastriques et d'aérophagie. L'exa-

men radiologique montrant un gros estomac, sans lésion visible, on fait le diagnostic d'appendicite chronique avec troubles gastriques secondaires. Le 11 décembre 1926, appendicectomie avec libération de brides. Aucune amélioration. Au contraire, les troubles dyspeptiques deviennent plus marqués : outre des brûlures, du météorisme abdominal, une odeur très fétide de l'haleine incommodant le malade.

Examen. — A l'examen, haleine fétide, gros météorisme abdominal, du clapotage, des gargouillements. Les selles sont très fétides.

Examen radiologique. Estomac. — L'estomac est très déformé par une distension gazeuse du côlon qui soulève le bas-fond et rejette le corps dans la partie postérieure de l'hypocondre gauche. Il est presque horizontal.

Intestin par transit. — L'aspect des bulles gazeuses du côlon fait prévoir le dolichocôlon dès avant la pénétration de la baryte. Mais, après elle, on le reconnaît encore plus nettement quand il est rempli à la fois par les gaz et par la baryte. A ce moment, on observe aussi des signes de légère péricolite droite ainsi qu'une progression rapide de la baryte.

Lavement. — Il révèle un énorme dolichosigmoïde remontant à la hauteur de la XII[e] dorsale et extrêmement mobile.

Examen coprologique. — Il y a prédominance des putréfactions.

Traitement. — On prescrit des laxatifs doux et des grands lavements avec extraits biliaires deux fois par semaine, ainsi que le régime.

En mai 1929, le malade revient consulter. Il est amélioré par le traitement, car on constate la disparition de l'odeur de l'haleine, ainsi que la diminution du météorisme. Ayant suivi moins fidèlement les prescriptions depuis quelque temps, il a été aussitôt repris d'un ballonnement énorme et de gargouillements considérables. L'haleine a été de nouveau très forte après les repas. On prescrit donc la reprise du traitement, trop tôt abandonné.

Le 9 novembre 1929, le malade revient. Il va beaucoup mieux et n'a plus l'haleine forte, bien qu'il ait de nouveau abandonné son régime.

Ces deux observations ne sont d'ailleurs pas les seules du genre, et nous avons retrouvé dans la littérature de nombreux cas analogues.

Il n'est donc pas rare que les troubles dyspeptiques soient la seule manifestation, ou tout au moins la manifestation prépondérante d'un dolichocôlon, et ceci nous permet d'apprécier le caractère indispensable du lavement opaque.

La forme pseudo-ulcéreuse s'accompagne de troubles qui simulent de très près le syndrome ulcéreux, mais pour lesquels les investigations radiologiques ne révèlent aucune anomalie gastro-duodénale pathognomonique. Chez de tels malades, un examen radiologique plus complet mettra en évidence le dolichocôlon.

Celui-ci, en effet, peut se manifester par un syndrome pseudo-ulcéreux dont tous les éléments sont au complet : douleurs, vomissements et hématémèses. Toutefois cette triade est rarement réalisée, et, dans l'immense majorité des cas, les symptômes ne sont pas groupés. Tel malade accusera surtout des phénomènes douloureux; tel autre des hématémèses, comme dans les observations que nous reproduirons plus loin; ou bien ce sont encore des vomissements qui dominent le tableau clinique. Quoi qu'il en soit, c'est l'analyse minutieuse de ces symptômes qui permettra d'orienter le diagnostic et de faire les examens susceptibles de les rattacher à leur véritable cause.

La douleur gastrique au cours du dolichocôlon n'est jamais absolument analogue à celle de l'ulcus. Elle en diffère surtout par son caractère plus capricieux. D'une façon générale, c'est une douleur peu violente, quelquefois à type de brûlure, mais le plus souvent à type

de gonflement pénible de l'épigastre. Son horaire n'est pas aussi fixe. Elle survient tantôt immédiatement après les repas, tantôt au bout de quelques heures. Enfin, son évolution ne se fait pas par crises entrecoupées d'accalmies. Au contraire, les malades souffrent après tous les repas, avec tout au plus des journées de calme relatif survenant sans régularité, et nullement comparables aux longues périodes de latence de l'ulcus gastrique ou duodénal.

Les vomissements ne sont pas très fréquents. Tantôt ils ne font qu'enrichir la symptomatologie. D'autres fois, ils constituent le fond du tableau clinique, comme dans l'observation V. Ici encore, c'est l'irrégularité qui constitue leur caractère essentiel.

Quant aux hématémèses, elles constituent le symptôme le plus trompeur, et bien des erreurs de diagnostic leur sont sans doute imputables. Leur fréquence est assez grande. CHIRAY, LOMON et WAHL, les ont retrouvées dans les antécédents de leurs malades quatre fois sur vingt-huit cas.

Quoi qu'il en soit, dans la grande majorité des cas, l'examen radiologique de l'estomac et du duodénum reste négatif, et ce fait d'une hématémèse ou d'un meloena sans anomalie radiologique gastro-duodénale doit attirer l'attention, et faire faire des réserves sur le diagnostic d'ulcus trop facilement porté.

Avant de terminer ce paragraphe, nous citerons deux observations de PÉRALY, dans lesquelles une hématémèse et un meloena apparus chez des malades porteurs de dolichocôlons ignorés firent croire tout d'abord à un ulcus gastro-duodénal; en fait, il s'agissait d'une forme pseudo-ulcéreuse de dolichocôlon.

OBSERVATION III

M. R..., âgé de soixante dix-neuf ans, a toujours été bien portant. Jusqu'en janvier 1938, ses fonctions gastro-intestinales

sont restées absolument normales. Tout au plus notait-il de temps en temps quelques crises d'aérophagie.

Après avoir un peu maigri pendant deux ou trois semaines, il présente brusquement le 20 janvier 1938, un malaise intense avec vertiges, pâleur brusque et lipothymies. Il est obligé de s'aliter et cette première journée de maladie n'est marquée que par une fatigue tout à fait normale.

Le lendemain matin survient un nouvel état lypothymique, mais accompagné cette fois d'une hématémèse de sang rouge d'un peu plus de 200 cc. Dans les heures qui suivent, le malade va à elle selle et présente un meloena important.

Les jours suivants, il reste alité et ne présente ni fièvre, ni nouvelle hématémèse. Toutefois, il persiste un meloena abondant.

Un premier examen de sang montre une anémie intense à 2.900.000 globules rouges, sans aucune anomalie de la formule blanche.

En janvier et février plusieurs transfusions sont pratiquées.

Malgré cette thérapeutique, l'asthénie et le meloena persistent et étant donné l'âge du malade on pense à l'évolution probable d'un néoplasme gastrique.

Peu à peu, les hémorragies cessent ; le taux des globules rouges remonte à 3.400.000, et, en mars, il devient possible de pratiquer un premier examen radiologique.

Examen radiologique. — Important dolichosigmoïde. Pas d'anomalies gastro-duodénales pouvant faire suspecter l'existence ni d'ulcus, ni de néoplasme digestif.

Evolution. — Le traitement dirigé contre l'anémie et contre le dolichocôlon rétablit un bon état général et permet au malade de reprendre sa vie normale. Revu en janvier 1939. Persistance d'un bon état général.

OBSERVATION IV

M. Ch..., vingt-sept ans, entre à l'hôpital en mars 1934 pour un meloena abondant avec diarrhée.

On lui met de la glace sur le ventre. On fait de nombreux examens radiologiques, et on parle d'ulcus gastro-duodénal. Néanmoins, comme cet ulcus n'est pas très évident, on envoie le malade à l'asile en convalescence.

En octobre 1937, le meloena se reproduit, sans douleurs et sans vomissements. Nouveaux examens radiologiques qui ne montrent rien de démonstratif.

Le 14 avril 1939, le malade entre de nouveau à l'Asile. Il revient de Lariboisière où il était entré cinquante-deux jours auparavant, pour une hématémèse assez abondante. Cette hématémèse est survenue assez brusquement. Elle était constituée par du sang rouge, non aéré, et elle atteignait un volume d'environ 250 cc. Après radiographies faites à Lariboisière, on parle à nouveau d'ulcus gastro-duodénal, et on propose au malade de se faire opérer après un repos de quelques jours à l'asile.

Examen. — Nous sommes de suite frappés par la pâleur intense de notre malade et nous pratiquons une numération globulaire et une formule leucocytaire qui donnent les résultats suivants :

Numération globulaire :

Globules rouges : 3.600.000.
Globules blancs : 8.600.
Hémoglobine : 70 %.

Formule leucocytaire :

Polynucléaires neutrophiles : 35.
Polynucléaires basophiles : 0.
Polynucléaires éosinophiles : 4.
Mononucléaires grands : 4.
Mononucléaires moyens : 37.
Lymphocytes : 20.

En dehors de cette pâleur, l'examen physique ne révèle absolument rien d'anormal.

Examen radiologique. — L'estomac et le duodénum ne présentent aucune anomalie, mais un lavement baryté montre un important dolichosigmoïde.

Evolution. — Nous avons formellement déconseillé l'opération et nous avons prescrit un traitement dirigé contre l'anémie et surtout contre le dolichosigmoïde qui nous paraît être la cause des hémorragies accusées par le malade.

Malheureusement ce malade n'a pu être ultérieurement suivi.

Abordons maintenant la dernière forme des troubles gastriques du dolichocôlon, c'est-à-dire la *forme sténosante.*

La distension de l'anse dolichocolique par les gaz provoque parfois des troubles beaucoup plus importants de compression gastrique, susceptibles de réaliser soit une sténose médiogastrique, soit une sténose pylorique. Ce fait n'a évidemment rien de surprenant, et il est même curieux de constater la tolérance de l'estomac aux compressions souvent considérables que lui font subir les déformations coliques.

La sténose médio-gastrique est généralement bien tolérée, car elle se produit au niveau du corps de l'estomac, qui est une région libre, large et lâche. Elle est due au refoulement de la grande courbure, non seulement par l'angle splénique distendu par les gaz, mais surtout par les boucles colo-sigmoïdiennes remontées vers l'épigastre et les hypocondres.

La sténose pylorique, au contraire, est beaucoup plus mal tolérée. Elle est l'apanage de dolichosigmoïdes qui remontent verticalement dans l'abdomen, et compriment la région antro-pylorique.

Toutefois, ce qui déforme la région pylorique, ce n'est pas tant le volume que la longueur excessive de l'anse sigmoïde. Or, cette longueur étant toujours la même, on conçoit que les déformations du bas-fond gastrique et de la région pylorique soient plus fixes que celles de la grande courbure, et que, par conséquent, elles puissent s'extérioriser par un syndrome clinique plus net.

En fait, on rencontre assez souvent, chez les dolichocoliques, un faux syndrome pylorique, avec douleurs tardives, vomissements et au point de vue radiologique, stase de sixième heure comme chez le malade de l'observation suivante :

OBSERVATION V

M. P..., cinquante-deux ans, est examiné pour la première fois le 16 juin 1932. Jusqu'à l'âge de cinquante-et-un ans il a été parfaitement bien portant, et en particulier, n'a jamais présenté de troubles gastro-intestinaux : digestions normales, selles régulières.

Brusquement en juin 1931, apparaît un vomissement bilieux sans traces de débris alimentaires. Pendant les trois jours qui suivent, les vomissements se reproduisent trois fois par jour à 6, 10 et 17 heures. Le médecin consulté pense à une crise d'appendicite. Ce premier épisode est suivi d'une accalmie, et le malade peut reprendre une existence presque normale. Toutefois les vomissements, bien que moins abondants, se reproduisent quotidiennement. Tous les matins, au réveil, le malades vomit des glaires ou de la bile, ou bien encore, présente des nausées. Il n'existe par ailleurs ni douleurs gastriques ni douleurs intestinales. Les vomissements constituent à eux seuls toute la symptomatologie.

On institue pendant quatre mois un régime lacté exclusif qui semble les calmer un peu.

Entre temps, plusieurs médecins sont consultés, et envisagent les uns un ulcère, les autres une ptose gastrique.

En juin 1932, lorsque le malade vient nous consulter, on note un amaigrissement de six kilos depuis le début de ses troubles, des selles parfaitement normales, sans aucun épisode de constipation.

Il n'existe toujours aucune douleur gastrique.

Le seul symptôme qui rende la vie insupportable à cet homme est la persistance des vomissements matutinaux. A peu près tous les jours, au réveil, il présente tantôt un vomissement bilieux,

tantôt une très pénible envie de vomir qui s'accompagne d'une sensation de tiraillement dans la région ombilicale, et paraît remonter vers l'œsophage. Au cours de la journée, les vomissements disparaissent et le malade s'alimente très légèrement.

Toute l'histoire de cet homme se résume donc à des vomissements pénibles, presque quotidiens, survenus brusquement depuis treize mois mais ne s'accompagnant d'aucun phénomène douloureux.

Examen radiologique. — Après ingestion de gélobarine, l'estomac apparaît hypotonique. Pendant près de trois-quarts d'heure après le début de l'examen, on ne voit pas de mouvements péristaltiques. Au bout de six heures, on trouve une grosse stase de substance opaque et une légère déformation du corps de l'estomac par les anses intestinales. On pouvait donc penser à une sténose organique du pylore mais c'était là une erreur que le lavement baryté devait nous éviter.

En effet, le lavement opaque montre un dolichosigmoïde avec dilatation de l'ampoule rectale. Le sigmoïde monte d'abord vers le foie, puis descend dans la fosse iliaque droite et se continue avec le côlon ascendant qui, au niveau de l'angle splénique, présente plusieurs coudures.

Evolution. — Malgré le traitement médical poursuivi pendant six mois, les vomissements se sont reproduits ; l'appétit a disparu ; le malade a considérablement maigri.

Nous décidons alors de le confier à un chirurgien des plus distingués.

A l'intervention, on trouve une grosse anse dolichocolique avec péricolite. L'estomac est normal. On libère les adhérences et on résèque l'anse sigmoïde sur une longueur de trente centimètres.

Malheureusement, dans les jours qui suivent, les vomissements se répètent et le malade meurt dans un état de cachexie progressive.

CHAPITRE II

TROUBLES GASTRO-DUODENAUX DANS LES MEGA-VISCERES ASSOCIES

Ce deuxième chapitre comporte des faits beaucoup plus rares et jusqu'à présent insuffisamment différenciés qui illustrent la conception des méga-viscères multiples. Ici, les troubles gastro-duodénaux sont provoqués, non pas par le dolichocôlon, mais également par d'autres localisations de méga-viscères ou d'autres lésions congénitales siégeant au niveau du segment œsophago-gastro-duodénal : ce sont les *troubles gastro-duodénaux par méga-viscères associés.*

L'isolement nosologique des méga-viscères associés est absolument original; jusqu'à l'heure présente cette expression n'a pas encore été employée et dans la littérature nous n'en trouvons que deux observations, la première due à OURY et PÉRALY, la deuxième due à HILLEMAND.

Nous les rapporterons ici, pensant ouvrir un chapitre neuf sur les méga-viscères associés; au contraire, nous excluons la description du méga-duodénum pur bien définie par les recherches récentes d'HILLEMAND, dans la thèse de DUGUÉ.

Voici tout d'abord notre observation.

OBSERVATION VI (d'après PÉRALY)

M. B..., soixante-huit ans, entre à Tenon le 24 août 1938 pour anorexie globale, amaigrissement et pesanteur épigastrique ; c'est, d'autre part, un constipé habituel.

Les sensations de pesanteur épigastrique sont apparues il y a environ un an. Elles surviennent immédiatement après les repas, et s'accompagnent de ballonnement abdominal. Celui-ci, rythmé par les repos, dure plusieurs heures, de sorte que le malade est constamment ballonné, sauf le matin.

L'anorexie date également d'un an, et elle est globale. Elle a entraîné un amaigrissement de cinq kilos en un an.

La constipation est antérieure aux autres troubles dyspeptiques.

Elle est d'apparence banale et existe depuis l'enfance.

C'est une constipation opiniâtre, non entrecoupée de phases diarrhéiques, obligeant le malade à des purgations fréquentes.

Antécédents. — Dans les antécédents existent des crises douloureuses de la fosse iliaque droite. Ces crises, apparues en 1917, survenaient le matin vers 11 heures 1/2, avant le repas de midi, et elles duraient environ un quart-d'heure. Elles s'accompagnaient de contracture abdominale, et leur violence était telle que parfois le malade était obligé de se courber en deux. Pour calmer ces douleurs, il prenait un comprimé d'aspirine et il s'allongeait sur son lit. En un quart d'heure la crise se terminait par l'émission de gaz par l'anus. Les premières crises douloureuses se succédaient au rythme de deux à trois par semaine. Puis, progressivement, elles se sont espacées, et actuellement, le malade n'en présente que dix à douze par an.

Il n'y a jamais eu de vomissements.

Examen. — Lorsque l'on examine le malade à son entrée à l'Asile, on trouve un état général satisfaisant. L'examen physique est complètement négatif, et notamment l'examen de l'abdomen ne révèle rien d'anormal. Seuls persistent les troubles fonction-

nels déjà signalés, qui avaient conduit le malade à Tenon, c'est-à-dire l'anorexie, et les pesanteurs épigastriques sans douleurs vraies. La constipation existe toujours avec les caractères que nous avons déjà vus, mais aucune crise douloureuse de la fosse iliaque droite n'a pu être constatée par nous.

Il s'agissait donc, en résumé, d'une dyspepsie à type hyposthénique et sa véritable signification allait nous être donnée par l'examen radiologique.

Examen radiologique. — A jeun, nous avons été frappés tout d'abord par une énorme poche à air gastrique remontant le diaphragme de plus d'un travers de main au-dessus de la coupole diaphragmatique droite. Par ailleurs, une importante aérocolie distendait et éclairait le cadre colique dans toute son étendue.

L'ingestion de gélobarine devait nous apporter quelques surprises radiologiques.

Tout d'abord, l'*œsophage* est dilaté sur toute sa hauteur, formant un cylindre régulier. La substance opaque s'y écoule en pluie plus rapidement que normalement, et aucun spasme du cardia n'entrave sa marche. Les deux bords de l'organe, particulièrement bien dessinés après le passage de la baryte, sont séparés l'un de l'autre par l'hyperclarté œsophagienne de 5 cm. environ de largeur.

Il s'agissait par conséquent d'un volumineux *méga-œsophage* sans spasme.

L'*estomac* n'était pas moins curieux. Une énorme poche à air réalisait presque une image de hernie diaphragmatique, mais la netteté des contours du diaphragme, montrait bien qu'il ne s'agissait que d'aérogastrie. Cette poche à air est restée absolument immuable au cours de nos différents examens. Par contre, le reste de l'estomac a considérablement varié de forme d'un jour à l'autre. Les deux premiers examens nous avaient fait penser à un estomac en cascades, avec, outre une sténose médio-gastrique, un ou deux niveaux situés au-dessous de la zone où nous avions cru pouvoir situer la dite sténose. Mais au cours du dernier examen, nous avons pu réaliser d'une façon définitive la statique

gastro-duodénale. La cavité gastrique, rapidement remplie, avait la forme générale d'un moignon de gastrectomie. Puis, au bout de vingt minutes, l'estomac s'est étalé, le bas-fond s'est arrondi, et en même temps que se produisaient les premiers passages pyloriques, nous avons vu l'estomac reprendre sa forme à peu près normale, mais avec un bas-fond large, paraissant soulevé par les anses dolichocoliques. Les niveaux successifs que nous avions cru devoir attribuer à l'estomac, étaient en fait duodénaux.

Le *duodénum*, en effet, présentait lui aussi des anomalies morphologiques considérables. Il était allongé et élargi, surtout dans ses deuxième et troisième partions. D'autre part, la gélobarine a d'abord rempli une première poche ; lorsque celle-ci a été pleine, la substance opaque a débordé et est tombée dans une seconde poche. Enfin, par le même processus, une troisième poche à air s'est dessinée sous l'écran. Tels étaient les niveaux successifs que nous avions localisés au début à l'estomac, mais qui, en réalité, ne faisaient que traduire les déformations d'un volumineux *dolichoméga-duodénum*.

Toutes ces images radiologiques ont considérablement varié d'un examen à l'autre. Il en est deux cependant que nous avons constamment retrouvées et que nous croyons intéressant de signaler : d'une part, un diverticule en doigt de gant situé à la partie supérieure de la grande courbure, et présentant tous les caractères du diverticule de l'estomac ; d'autre part, la troisième poche duodénale signalée plus haut, présentait une opacité beaucoup plus marquée que les deux poches sus-jacentes, et nous pensons qu'il s'agissait en fait d'un diverticule de la troisième portion du duodénum.

Enfin un lavement baryté a montré l'existence d'un *dolichosigmoïde*. L'ampoule rectale est très dilatée, de même que le sigmoïde.

Celui-ci se dirige vers le côté droit, remonte largement jusqu'au foie, puis redescend dans la fosse iliaque droite. Il se continue avec un côlon descendant de dimensions plus normales qui remonte obliquement en haut et à gauche vers l'angle splénique.

Le côlon transverse est en position normale.

Le côlon ascendant n'a pu être atteint malgré les quatre litres de gélobarine injectés.

Pour nous résumer, il s'agit d'un malade venu consulter pour des troubles dyspeptiques vagues et chez lequel la radiologie a montré des déformations considérables échelonnées sur toute la hauteur du tube digestif : méga-œsophage, estomac refoulé par le dolicho-sigmoïde et présentant un diverticule de la grande courbure, dolicho-mégaduodénum avec diverticule de la troisième portion, et dolicho-méga-sigmoïde.

Ce qui doit retenir l'attention, dans cette observation, c'est le polymorphisme et la richesse des déformations méga-viscérales contrastant avec le caractère restreint des symptômes fonctionnels. On ne peut qu'être étonné de la longue tolérance clinique de malformations aussi importantes : pendant de très longues années, seule se manifeste une constipation douloureuse dont l'origine dolichocolique était d'ailleurs ignorée, et ce n'est qu'à soixante-sept ans que ce chapelet de dolicho-viscères s'extériorise par des troubles dyspeptiques, d'apparence bien banale.

Par ailleurs, tout fait penser, et particulièrement la coexistence d'un diverticule gastrique et d'un diverticule duodénal, qu'il s'agit de méga-viscères d'origine congénitale.

L'observation suivante d'Hillemand et Dugué montre l'association plus limitée de mégacôlon et mégaduodénum, et s'oppose bien à la précédente, par son étiologie : il s'agit en effet ici de méga-viscères fonctionnels par intoxication morphinique.

OBSERVATION VII

Mme F..., vient consulter le Docteur Hillemand le 28 octobre 1942 pour des douleurs abdominales en ceinture, au niveau de la

région ombilicale. Elle souffre presque chaque jour : le matin à 10 heures et le soir à 17 heures. Les douleurs sont intenses. pliant la malade en deux.

De plus, elle reste deux ou trois jours sans selles et c'est à ce moment que les douleurs sont au maximum et qu'elle se plaint de ballonnements et de bruits hydro-aériques.

Puis tout s'améliore quand survient une selle spontanée ou le plus souvent sous l'influence d'un lavement.

La malade fait remonter le début de ses troubles à 1933. A ce moment, elle a présenté de la diarrhée, de la fièvre. On a parlé alors d'intervention pour libération d'adhérences. Au début de ces troubles, elle a commencé à se faire des injections de morphine. Et progressivement, elle est arrivée à la dose de douze centigrammes par jour en 1941.

Les radiographies faites à Saint-Antoine le 13 octobre 1942 montrent un méga-côlon. Et, d'autre part, chose qui nous intéresse, une dilatation portant sur tout le duodénum et particulièrement marquée au niveau de D3 et D4.

Hospitalisée le 1er novembre 1942 pour différents examens, elle est ainsi sevrée de toxique.

— Son B. W. est négatif.
— M. B. à + 3 %.
— Tension artérielle à 14-10.
— Ni sucre, ni albumine, température normale.

Après un séjour de deux mois environ à l'hôpital, de nouvelles radiographies sont faites le 7 décembre 1942. Le cadre duodénal est moins dilaté, seul au niveau de genu inferius et du bulbe persiste une stase...

Dans le même ordre d'idées, rappelons une observation rapportée par le Docteur HILLEMAND où étaient associés méga-côlon et méga-œsophage, chez une morphinomane.

Aussi bien dans le dolichocôlon pur, que dans les méga-viscères associés, on conçoit très bien que la genèse des troubles gastriques soit liée à des troubles

de la statique anatomique, mais plus encore à un important trouble neuro-végétatif.

Dans un travail publié dans l' « Encyclopédie Médico-Chirurgical » « Physio-pathologie de l'appareil digestif », F. MOUTIER, R. GOIFFON et S. NEMOURS-AUGUSTE pensent qu'il serait erroné d'opposer l'un à l'autre le système vagal et le splanchnique, car l'expérience a montré qu'il y a moins « antagonisme entre les deux systèmes que des prédominances dans le vaste réseau de l'innervation digestive ».

Et ces auteurs concluent : « Les vagues ou sympathiques sont formés d'éléments excito-moteurs et excito-sécrétoires dominant les splanchniques, ceux-ci renferment des éléments de tout ordre bien qu'en majorité inhibiteurs et sécréto-freinateurs. Normalement les deux systèmes s'équilibrent, demeurent en quelque sorte à leur place fonctionnelle sans empiéter sur leur territoire ou attribution réciproques, mais il n'en est pas toujours ainsi. Tel système peut prédominer sur l'autre, d'où des inhibitions dont nous retrouvons des exemples à propos des méga-œsophages et des méga-côlons (du méga-duodénum et de la méga-splanchnie en général) ; on tend de plus en plus à attribuer ces désordres à quelque prédominance locale du sympathique, animateur des sphincters, sur le para-sympathique ».

Mais ce qui n'est pas sans étonner, c'est que les troubles gastro-duodénaux sont rarement à la mesure de l'importance de ces méga-viscères associés.

CHAPITRE III

DOLICHOCOLON ET ULCERE GASTRO-DUODENAL

Le dolichocôlon s'accompagne parfois d'ulcus gastro-duodénal, mais, comme nous le verrons plus loin, nous ne pensons pas qu'il existe un rapport de causalité entre les deux affections.

Antérieurement à nous, CHIRAY en cite deux cas personnels et rappelle un cas de ZORZI où il y avait association avec un ulcus duodénal, dont la cure améliora tous les symptômes et un fait de PIERGROSSI où existait un ulcus duodénal récidivant qui fut considéré comme secondaire au dolicho-sigmoïde.

Personnellement, nous en avons relevé trois observations dont deux ont été antérieurement publiées dans un article d'OURY et BRITSCH, mais nous croyons utile de les rappeler, dans une vue d'ensemble.

OBSERVATION VIII

M. C..., âgé de quarante-huit ans, comptable, est entré dans notre service le 5 octobre 1945, venant de l'Hôtel-Dieu, où il a été hospitalisé pour une intervention sur un ulcus duodénal.

Dans les antécédents du malade, on relève peu de choses. A signaler seulement à l'âge de dix-huit ans un abcès appendiculaire qui nécessite une intervention à chaud.

Ce n'est qu'à partir de novembre 1943 que le malade commence à souffrir de l'estomac : la douleur siège au creux épigastrique, avec irradiations aux deux flancs, accompagnée d'une sensation de barre douloureuse en ceinture, jusqu'aux reins.

L'horaire de ces douleurs est post-prandial : deux heures après chaque repas.

Au début, les phénomènes douloureux apparaissent par crises de deux, trois jours, suivies d'une sédation de deux à trois semaines, par la suite, les périodes douloureuses sont devenues plus fréquentes, presque subintrantes.

La belladone, l'atropine I. V., le bismuth ne le soulagent que provisoirement ; en même temps, le malade se soumet à un régime sévère.

Au cours de l'évolution de la maladie, les douleurs gastriques sont devenues plus violentes à gauche qu'à droite et une constipation, inhabituelle auparavant, est apparue.

Par contre, jamais, avant son opération, le malade n'a vomi.

Devant ce tableau clinique, une radiographie pratiquée révèle un ulcus du bulbe duodénal. L'inefficacité du traitement médical conduit mon ami le Docteur Gueulette, à pratiquer une gastrectomie le 4 septembre 1945.

Au cours de l'intervention, l'opérateur constate l'existence d'une anse sigmoïde longue, croisant le côlon transverse ; les suites opératoires sont excellentes au point de vue gastrique. Tous les phénomènes douloureux disparaissent, par contre, un nouveau signe fait son apparition : *c'est une constipation très opiniâtre, rebelle, sans mesure avec celle qui existait antérieurement et qui va jusqu'à nécessiter des infiltrations du sympathique lombaire.*

La première infiltration donne un excellent résultat, mais dès la deuxième et la troisième, des phénomènes d'intolérance se manifestaient (nausées, vomissements, vertiges) qui obligent le chirurgien à suspendre cette médication.

En plus de cette *constipation dolichocolique*, le malade souffre de douleurs dans le flanc gauche, avec gros ballonnements, gargouillements, surtout en décubitus latéral gauche ; souvent aussi cette position amène des éructations et des vomissements ; enfin,

s'apercevant que ces troubles augmentent avec la digestion, le malade restreint volontairement son alimentation.

Tous ces troubles et une nouvelle radiographie après lavement opaque confirment le diagnostic de dolichocôlon entrevu à l'intervention.

Au dire du malade, il nous est envoyé à l'Asile National de Saint-Maurice dans l'attente d'une nouvelle intervention sur son dolichocôlon.

Dans notre service, un deuxième lavement opaque confirme l'existence du dolichocôlon et, par principe, adversaires de toute nouvelle intervention chirurgicale, nous multiplions nos essais thérapeutiques avec les différents modificateurs du système vago-sympathique.

L'atropine I. V. provoque de vives réactions d'intolérance : nausées, frissons, céphalées.

Avec la généserine sous-cutanée, les selles deviennent plus fréquentes (une selle tous les trois ou quatre jours), mais les lavements sont encore nécessaires.

Avec l'association sous-cutanée de chlorhydrate de pilocarpine et de généserine, les selles sont fréquentes mais peu abondantes.

Mais c'est uniquement avec *l'association de l'acécocine intramusculaire et de l'éphédrine buccale* que survient une transformation complète et que l'on obtient une régularisation quotidienne des selles.

Notons d'ailleurs, fait paradoxal, que l'acécoline, vago-mimétique, agit moins nettement seule qu'associée à l'éphédrine, sympatho-mimétique.

Peut-on admettre qu'il existait chez ce malade une hypotonie de tout le système neuro-végétatif ?

Bien tôt pourtant on doit interrompre l'acécoline qui, à la longue, a provoqué quelques phénomènes d'intolérance : nausées, refroidissement des extrémités, transpiration.

Actuellement, le malade a pu quitter le service et sous l'influence d'huile de paraffine et de *deux centigrammes d'éphédrine* par jour, il a deux selles quotidiennes, ne présente plus aucun

phénomène douloureux ni gastrique, ni colique, son état général est excellent avec une reprise de poids de dix-sept kilogrammes.

OBSERVATION IX

M. G..., soixante ans, est examiné pour la première fois le 26 novembre 1945 ; à ce moment, malade très fatigué, déprimé, qui se plaint de douleurs abdominales généralisées et d'un amaigrissement de treize kilos en quelques semaines.

Son histoire gastrique a débuté en 1940 par une crise épigastrique très douloureuse de quelques semaines, au cours de laquelle une radiographie est pratiquée ; le film révèle une grosse niche ulcéreuse du pied de la petite courbure gastrique ; PORCHER pose le diagnostic de perforation localisée et bouchée de l'ulcère au niveau du pancréas.

A partir de ce moment, le malade est suivi par un gastro-entérologue des plus distingués qui, devant l'atténuation rapide des douleurs, déconseille l'intervention.

D'ailleurs, cette opinion est confirmée par un retour complet à la normale de l'aspect radiologique de la petite courbure.

L'hiver 1943-1944 se passe encore sans grands phénomènes douloureux, mais dans les mois qui suivent, les douleurs gastriques reprennent très violentes et pourtant de nouvelles radiographies pratiquées jusqu'en avril 1945 montrent toujours une petite courbure d'aspect normal.

Durant l'été 1945, grande recrudescence des douleurs : pour essayer de justifier cette aggravation que n'expliquait pas la radiographie récente d'avril, on pratique pour la première fois un lavement opaque ; celui-ci décèle un très gros méga-sigmoïde dont le sommet atteint la région hépatique, après avoir passé en avant et au-dessus du transverse droit.

En novembre 1945, le malade vient nous consulter pour la première fois : c'est un sujet amaigri et douloureux, il ressent, mais décrit mal deux types de douleurs : d'une part, une sensation de barre pylorique, continue, très douloureuse, s'accompagnant fréquemment de pituite aqueuse vers 18 heures et deux fois compliquée de vomissements alimentaires ; il existe d'autre part, une

douleur plus diffuse, irradiant vers le bas, vers la fosse iliaque gauche.

Avec un tel tableau clinique et, au premier abord, devant la négativité de la radiographie d'avril 1945, on se demande s'il ne s'agit pas uniquement de troubles gastriques d'ordre réflexe et d'ordre mécanique, par perturbation de la statique, au cours d'un dolicho-méga-côlon ; cette première impression peut paraître justifiée en partie par l'état neuropathique d'un malade très dénutri.

En fait, une nouvelle radiographie pratiquée le 10 décembre 1945 montre que, depuis avril, un important remaniement s'est opéré au niveau de l'estomac ; sur celui-ci, on ne trouve plus la niche typique ancienne mais, dans la région pré-pylorique et au pied de la petite courbure une rétraction de celle-ci qui fait affirmer l'existence d'une lésion organique de cette région. Le Docteur Kimpel conclue avec précision : « existence d'une plicature antéro-postérieure qui masque complètement la région pylorique dans toutes les positions et qui est permanente ; l'évacuation est très difficile ; les passages ne sont que filiformes, extrêmement espacés et insuffisants pour permettre de voir la région pyloro-duodénale. Par ailleurs, interposition des anses coliques entre l'estomac et le foie ; anses coliques qui, sous tension gazeuse, font basculer le foie et refoulent l'estomac à gauche ».

Devant cette constatation et cette reviviscence de l'ulcère, devant la difficulté croissante de l'alimentation, l'intervention est facilement acceptée ; celle-ci, pratiquée par le Professeur Brocq, révèle dans la région pré-pylorique un ulcère très adhérent, en arrière, au pancréas, en haut à la face inférieure du foie ; cependant le décollement progressif peut être obtenu.

La gastrectomie donne un excellent résultat et, actuellement, tous les phénomènes douloureux ont totalement disparu.

Dans les deux cas, le diagnostic de dolichocôlon n'a été que tardivement posé et parce que l'attention était attirée par des troubles rebelles que ne paraissait pas expliquer l'évolution propre de la lésion gastrique elle-même. Dans la première observation, il s'agissait d'incidents coliques (constipation et vomissements) secon-

daires à une gastrectomie parfaitement réalisée; dans la deuxième observation, des douleurs gastriques et sans doute coliques persistaient alors que l'ulcère paraissait cicatrisé mais ce n'était là qu'un aspect trompeur et que devait démentir l'ultime radiographie faite avant l'intervention.

Voici maintenant une troisième observation.

OBSERVATION X

M. V..., cinquante-trois ans, a présenté il y a quinze ans environ un ulcus duodénal diagnostiqué par le Docteur Bensaude et traité à l'aide de bismuth et de belladone : sous l'influence de ce traitement, régression des symptômes douloureux.

En septembre 1947, le malade ne souffre plus de l'estomac, mais accuse uniquement des douleurs coliques diffuses. Les selles sont à peu près normalement moulées (malgré une dysenterie amibienne il y a quinze ans environ). Une analyse de selles pour recherche des amibes est négative, alors qu'une analyse faite il y a quinze ans s'était révélée positive.

— Un examen anuscopique montre des hémorroïdes saignantes, non prolabées; une rectoscopie découvre un rectum absolument normal.

— La T. A. est de 13-7.

— Une radiographie digestive est pratiquée : elle montre un bulbe duodénal petit, déformé en trèfle, mais cette déformation semble ancienne et ne s'accompagne d'aucune image caractéristique d'ulcus; néanmoins, il existe un placard de périduodénite. Le lavement opaque décèle un petit dolichosigmoïde jusque-là ignoré avec double boucle non serrée. Le côlon droit lui-même présente une longueur supérieure à la normale.

— La vésicule biliaire est perméable mais grosse et ptosée.

Ainsi ces trois malades ont présenté des phénomènes douloureux dus à l'ulcus et au dolichocôlon associés.

Certes, étant donné la fréquence respective de l'ulcère gastro-dudénal d'une part, et du dolichocôlon d'autre part, il n'est nullement extraordinaire que ces deux affections puissent coexister et nous sommes sûrs, malgré le silence qui a plané sur la question jusqu'à présent, que la fréquence de cette coexistence est grande, c'est pourquoi nous avons cru intéressant de rapporter ces observations.

On peut expliquer l'ignorance de cette coexistence de la façon suivante : le simple constat radiologique d'un ulcus gastro-duodénal limite les investigations et le médecin ou le radiologiste ne pense pas systématiquement à compléter son examen par un lavement opaque; celui-ci cependant, en apportant un renseignement complémentaire, pourrait donner des directives plus précises pour le traitement médical ou chirurgical de l'ulcère lui-même.

Par ailleurs, ce problème présente un autre intérêt : celui du diagnostic entre l'ulcère et certaines formes de dolichocôlon qui se manifestent uniquement par des troubles gastrique sans aucune séméiologie intestinale; et que nous avons précédemment étudiés.

Des observations que nous avons citées, nous pouvons tirer un double enseignement aussi bien pour le médecin que pour le chirurgien.

Tout d'abord pour l'établissement du diagnostic : en présence de troubles digestifs, qu'ils soient à type de douleurs périodiquement rythmées comme les douleurs d'ulcus, à type d'hémorragie, évidente ou discrète, à type de dyspepsie, de neurotonie, ne pas penser uniquement à l'ulcère gastrique ou duodénal, mais aussi au dolichocôlon qui peut le simuler ou l'accompagner.

Ne pas oublier que le dolichocôlon, s'il n'est pas aussi fréquent que l'ulcus gastrique ou duodénal, donne, lui aussi, pour son propre compte, des troubles gas-

triques qui peuvent être aussi accentués, intenses et aigus que ceux des ulcères.

De plus, il n'est pas illogique de penser que l'association des troubles digestifs de l'ulcus et du dolichocôlon additionnent leurs effets néfastes pour détruire l'équilibre physiologique de l'appareil digestif, l'ulcus, à son niveau, perturbant, si l'on peut dire, l'étage supérieur, gastro-duodénal (début de la digestion), le dolichocôlon, troublant l'étage inférieur, intestinal, mais retentissant également par action mécanique sur la statique et la dynamique gastro-duodénale.

En allant plus loin, il n'est pas sans intérêt de rechercher le rôle étiologique que pourrait jouer le dolichocôlon vis-à-vis de la genèse de la maladie ulcéreuse, puisque nous venons de voir que l'allongement intestinal modifie parfois largement la dynamique gastro-duodénale. En fait, dans l'état de nos connaissances, nous rejetons une telle hypothèse : il s'agit de deux affections distinctes, fréquentes et de coïncidence fortuite.

Une question encore plus importante est de rechercher si le dolichocôlon n'aggrave pas le pronostic et le traitement de l'ulcère; on pourrait le penser en lisant notre observation VIII. En effet, dans ce cas, le malade ayant été gastrectomisé a commencé, presque aussitôt après l'intervention, à faire une constipation opiniâtre, de sept jours et plus, du ballonnement colique gauche important, des renvois gazeux, et une aggravation de l'état général, avec un amaigrissement sérieux; complications qui n'existaient pas avant l'intervention et retardèrent la convalescence de plusieurs mois. Cependant tous ces troubles ont régressé complètement sous l'influence d'un traitement mixte vago et sympathicomimétique.

En fait, l'ulcère gastro-duodénal associé au dolichocôlon doit être traité comme s'il existait isolément; par la suite, si les troubles dus au dolichocôlon lui-même

s'intensifient, ils seront possibles d'un traitement propre. Cependant, c'est une raison de plus pour éviter, dans la mesure du possible, une intervention qui ne serait pas absolument urgente et s'efforcer de traiter médicalement ulcus et dolichocôlon. Certes, il est des cas, comme ceux de nos malades (des observations VIII et IX), où l'échec médical impose la chirurgie, mais où des soins médicaux post-opératoires améliorent les troubles résiduels liés au dolichocôlon. Dans l'observation X au contraire, ulcus et dolichocôlon ont été uniquement justiciables du traitement médical.

Pour terminer, souhaitons qu'en pratique courante, médecin et chirurgien, en vue d'assurer leur diagnostic et leur traitement, fassent systématiquement un lavement baryté à tout malade présentant un syndrome digestif, ulcéreux ou pseudo-ulcéreux, typique ou atypique; c'est à cette seule condition qu'ils mettront de leurs côtés toutes les chances de guérison.

En fait, les troubles gastriques compliquent évidemment la thérapeutique propre du dolichocôlon, mais ils ne comportent à noter avis aucune indication chirurgicale, sauf les cas d'ulcère associé et rebelle au traitement médical. En conclusion, c'est essentiellement vers une thérapeutique vago-sympathique, complémentaire du traitement de la constipation dolichocolique, que doivent se tourner tous les efforts.

CONCLUSIONS

I. — Le dolichocôlon, affection très fréquente et uniquement affirmée par le lavement opaque, est le type des constipations organo-fonctionnelles. A côté de la forme classique, révélée par une constipation opiniâtre, « constipation de sept jours », il existe de nombreuses formes à symptômes aberrants. Nous étudierons particulièrement ici les troubles gastriques du dolichocôlon.

II. — Les troubles gastriques du dolichocôlon se manifestent sous trois formes bien définies :

III. — Le premier chapitre comporte les troubles gastriques du dolichocôlon simple ou forme gastrique pure du dolichocôlon.

Ces troubles gastriques surviennent parfois au cours d'un dolichocôlon antérieurement diagnostiqué, mais bien souvent les manifestations gastro-duodénales sont la première révélation d'un dolichocôlon jusque-là parfaitement compensé.

Ces symptômes peuvent réaliser trois formes :

— forme dyspeptique,
— forme pseudo-ulcéreuse,
— forme sténosante.

IV. — Le deuxième chapitre comprend les troubles gastriques des méga-viscères associés. Ces méga-viscères associés sont encore insuffisamment connus et

recherchés et pourtant ils donnent lieu à de très importantes déformations radiologiques, le plus habituellement disproportionnées avec la bénignité et la banalité des signes classiques.

Ces méga-viscères associés peuvent être d'origine congénitale (OURY) ou d'origine fonctionnelle par lésion du système nerveux (HILLEMAND).

V. — Le troisième chapitre comporte des faits où s'associent dolicho-côlon et ulcus gastro-duodénal. Il ne semble s'agir là que de l'association fortuite de deux affections fréquentes, sans qu'il n'y ait de lien de causalité entre elles. En tout état de cause, la recherche du dolichocôlon par lavement opaque ne doit jamais être négligée, même en présence d'un ulcère gastro duodénal évident, car cette découverte entraîne des indications thérapeutiques complémentaires aussi bien au cours du traitement médical de la maladie ulcéreuse, que dans les soins post-opératoires, en cas d'intervention sur l'ulcère.

VI. — Les troubles gastriques compliquent évidemment la thérapeutique propre du dolichocôlon, mais ils ne comportent à notre avis aucune indication chirurgicale, sauf les cas d'ulcère associé et rebelle au traitement médical. En conclusion, c'est essentiellement vers une thérapeutique vago-sympathique, complémentaire du traitement de la constipation dolichocolique, que doivent se tourner tous les efforts.

Vu, le Doyen :
BINET

Vu, le Président de thèse :
BROCQ

Vu et Permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris
SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

ASKANAZY. — Splanchnomégalie solitaire, p. 411. (*Revue Médicale de la Suisse Romande*, n° 7-8-10, 25 juin 1940).

CHIRAY, LOMON et WAHL. — « Le dolichocôlon ». Clinique — Radiologie — Thérapeutique. Masson, édit.

DANA (R.). — Syndrome gastrique et dolichocôlon. (*Tunisie Médicale*, n° 10, octobre 1938).

DUGUÉ-MICHEL. — (*Thèse de Paris*, 1944). « Le mégaduodénum — Pathogénie ».

HAUTEFEUILLE. — Un cas de dolichocôlon. (*Sté Médicale d'Amiens*, Sce du 6 novembre 1935 ; in : *Gazette Med. de Picardie*, n° 141, novembre 1935).

HILLEMAND (P.). — Dolichocôlon. (*Les Fiches de Pratique Médicale*, juillet 1938).

— Dolichocôlon et mégacôlon : étude clinique et radiologique. Evolution et complications. (*Rev. de Méd.*, Paris, 6 : 323-334, june 1939).

LEBON, LOUBEYRE et BLONDEAU. — Volvulus intermittent de l'estomac chez un malade atteint de dolichocôlon. (*Arch. des Maladies de l'Appareil Digestif et des Mal. de la Nutrition*, n° 4, avril 1933).

MOUTIER (F.), GOIFFON (R.) et NEMOURS-AUGUSTE (S).. — « Physiopathologie de l'appareil digestif ». In : *Encyclopédie Médico-Chirurgicale.*

OURY et GODARD (Paul). — « La constipation par dolichocôlon ». (*Presse Thermale et Climatique*, n° du 15 mai 1932).

OURY et PÉRALY (Etienne). — Les troubles gastriques au cours du dolichocôlon. (*Thèse*, Paris, 1939).

OURY et BRITSCH (Albert). — « Ulcus gastro-duodénal et dolichocôlon ». (*Archives des Maladies de l'Appareil Digestif*, janvier-février 1946).

OURY, LARMURIER et BRITSCH (Albert). — « Troubles vasculaires au cours des affections digestives ». (*Semaine des Hôpitaux*, 7 avril 1946).

R. FOULON, Imprimeur, 29, Rue Deparcieux, PARIS (14e).